

# 健康診断申込書（個人用）

〒 950-0965  
 新潟市中央区新光町11-1  
 TEL 025-283-3939  
 FAX 025-283-3974

ご加入の健康保険の種類	国民健康保険	共済組合	( )
	協会けんぽ	健康保険組合	( )
	後期高齢者医療	本人・配偶者等の別	本人 ・ 配偶者 ・ 被扶養者

登録番号 (7桁の番号)			
フリガナ	性別	男 ・ 女	年齢
お名前	生年月日	T ・ S ・ H	
		年 月 日	
ご自宅住所電話番号	〒 — TEL( ) —		
フリガナ			
お勤め先			
お勤め先所在地電話番号	〒 — TEL( ) —		
ご連絡先として、優先される方に○をしてください。 当協会より確認のご連絡をさせていただくことがあります。		ご自宅	お勤め先

ご希望の健診内容	・総合ドック ・協会けんぽ生活習慣病健診 ・生活習慣病健診 ・定期健康診断( Aコース Bコース ) ・雇入時健診 ・特定健診 ・その他( )		
	新潟市 特定健康診査	・胃がん ・大腸がん ・乳がん ・前立腺がん ・肝炎ウィルス	
ご希望の追加項目	・乳がん(触診) ・子宮がん ・マンモグラフィ ・喀痰 ・骨密度 ・便潜血 ・腹部超音波 ・胸部CT ・内臓脂肪 ・前立腺がん ・その他( )		
その他連絡事項 (ご要望などを記入してください)			

ご希望日	* 第1希望		第3希望	
	* 第2希望		第4希望	

\* 第1、第2希望については必ずご記入ください。  
 予約状況により、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。